

ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ АДЕНОМАТОЗНИХ ПОЛІПІВ ПРЯМОЇ КИШКИ

Захараш М.П.*, Лурін І.А., Юрків О.Є.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №1, Київ, Україна*
Військово-медичне управління СБ України, Київ, Україна

Surgical Treatments for Adenomatous Polyps of the Rectum

M.P. Zakharash*, I.A. Lurin, O.E. Yurkiv

National Medical University, Chair of Surgery #1, Kiev, Ukraine*
Military Medical Administration of Security Service of Ukraine, Kiev, Ukraine

Received: November 9, 2010
Accepted: November 17, 2010

Адреса для кореспонденції:

Центральна поліклініка ВМУ СБ України
вул. Липська, 11
Київ, 01021, Україна
Тел.: +38-066-419-51-15
e-mail: yurkivoleg@gmail.com

Summary

This paper analyzed the surgical treatment of adenomatous polyps in the rectum. The technique of transanal polypectomy using welding technology. The results of treating 35 patients with rectal polyps by this method.

Key words: adenomatous polyps, endoscopic polypectomy, transanal polypectomy, welding technology.

Вступ

Рак товстої кишки залишається важливою проблемою сучасної медицини, оскільки в промислово розвинених країнах Західної Європи, України, Росії і Північній Америці він є одним з найпоширеніших онкологічних захворювань, поступаючись першими місцями лише раку легенів у чоловіків і раку молочної залози у жінок [1,2,4,7,14]. У зв'язку з цим, пошуку шляхів і методів його профілактики, а також питанням своєчасної діагностики і хірургічного лікування раку і передпухлинних захворювань товстої кишки приділяється особлива увага.

Більшість дослідників розглядають можливість розвитку раку товстої кишки вірогіднішою за наявності цілого ряду факторів ризику, серед яких поліпоносія представляє найбільш велику групу [1,2,4,7,9,14]. Ризик злоякісної трансформації поліпів при поліпоносії розцінюється в межах від 3% до 20%, причому, він значно зростає із збільшенням розмірів утворень, складаючи при поліпах діаметром більше 2,0 см 30-35% [1,2,4,7,9,12,14].

Запровадження електрохірургічних ендоскопічних втручань з використанням фіброендоскопів з метою видалення поліпів товстої кишки пройшли в своєму розвитку декілька етапів, як з погляду на розробку показань і протипоказань до їх виконання і удосконалення апаратури і методик виконання операцій. Для видалення дрібних поліпів стали використовуватися методики фульгурації — кульковими електродами і "гарячої" біопсії — спеціальними діатермічними щипцями (Черкасов А. Ф., 2007); для видалення поліпів великих розмірів на широкій основі була розроблена методика фрагментації для поліпів,

що стелються, — методика ендоскопічної електрорезекції слизової оболонки кишки разом з пухлиною (Васильєв С. Д., 2007).

Проте, не дивлячись на значний клінічний досвід ендоскопічних поліпектомій і різноманіття спеціально розроблених методичних прийомів, до даного часу існують розбіжності про можливості і межі застосування електрохірургічних втручань, що стосуються, в основному, допустимих розмірів поліпів, розмірів їх основи, наявності вогнищ малігнізації.

Серед ускладнень, що найчастіше зустрічаються, при ендоскопічному видаленні аденоматозних поліпів прямої кишки, є кровотечі і перфорація стінки кишки. Частота первинних кровотеч за даними літератури складає від 6,4% до 23,2%, а відстрочених — від 4,1% до 15% [1,2,8,9,13].

Мінімальне число рецидивів при найбільшій кількості ускладнень спостерігаються при лапаротомних хірургічних втручаннях, і навпаки, незначна частота ускладнень і високий відсоток рецидивів характерні для трансанального видалення пухлин [1,2,4,8,12]. Тому зрозуміле прагнення хірургів щодо удосконалення методів мініінвазивної хірургії, які передбачають, перш за все вирішення проблеми радикального лікування новоутворень прямої кишки. Переваги економних операцій загальноновизнані і полягають в тому, що вони менш травматичні, практично не супроводжуються післяопераційною летальністю, не порушують функцію органу, а у разі невдачі, залишають можливість для виконання повторної "традиційної" операції [1,2,4,8,10,11].

Faivre J. (1993) для видалення ворсинчастих аденом використовує методику трансанальної електро-резекції з низведенням клаптя слизової оболонки: за допомогою електрокаутера здійснюється деваскуляризація підслизового шару кишки, послідовними тракціями клапоть слизової оболонки з ворсинчастістю аденомою низводиться і відсікається. Раневий дефект не ушивається і заживає вторинним натягом.

Mentges B. з співавт. (1992) і Said S. з співавт. (1994) при місцевому лікуванні хворих з великими доброякісними і малігнізованими аденомами прямої кишки використовують методику трансанальної ендоскопічної мікрохірургії з використанням 150–200 мм ректоскопів, які фіксовані спеціальною системою до операційного столу. Техніка операції дозволяє виконувати повне, на всю товщу стінки кишки, видалення новоутворень з сегментарною резекцією і анастомозом кінець в кінець. Найбільш високий рівень локалізації пухлин від краю анусу при трансанальній резекції складає 25 см. Автори зауважують, що мікрохірургічна ендоскопічна операція при гігантських аденомах і ранньому раку прямої кишки супроводжується меншим числом ускладнень, ніж лапаро-

томне втручання, і меншою частотою рецидивів в порівнянні з трансанальним видаленням пухлин.

Вирішенням проблеми з'єднання м'яких тканин, що розрізаються, з використанням методів високо-частотної електрохірургії були присвячені роботи провідних вчених Інституту електрозварювання ім. Е.О. Патона НАН України. Дія способу утворення зварного з'єднання базується на ефекті електротермічної денатурації білкових молекул [1,2,14].

Встановлена принципова відмінність дії на живу тканину процесу зварки в порівнянні з широко вживаним процесом коагуляції. Процес коагуляції викликає опік і омертвіння тканини в місці дії нагріву в той час, як при застосуванні зварювальної технології досягається значно менше травмування тканин і відсутність опіків, що підтверджується морфологічними дослідженнями, а також відсутністю в процесі зварки виділення диму і неприємного запаху [1,2,14]. Виключається ураження тканини в місці зварки, що сприяє швидшому і легшому загоєнню тканини прооперованого органу, відновленню його морфологічної структури і функцій. Особливістю розробленої зварювальної технології із застосуванням вказаних раніше зварювальних комплексів є універсальність їх застосування в хірургії.

Враховуючи наведене і результати використання електрозварювальних технологій в торакальній хірургії, гінекології, урології ми використали дану методику для трансанального видалення аденоматозних поліпів прямої кишки.

Матеріали і методи дослідження

З 2005 по 2009 рр. комплексно обстежено і прооперовано по запропонованій методиці 35 пацієнтів з аденоматозними поліпами прямої кишки великих розмірів.

Серед них чоловіків — 18, жінок — 17. Середній вік пацієнтів складав $54,6 \pm 2,8$ років. Розміри видалених аденоматозних поліпів коливались від 2,0 до 4,0 см. Всім пацієнтам проводились комплексне клініко-інструментальне обстеження, що включає загальноклінічні обстеження крові та сечі, проктологічний огляд, фіброколоноскопія, хромоендоскопія з прицільною біопсією, ендоректальне ультразвукове дослідження, консультація терапевта, ЕКГ, рентгенологічні та ультразвукові методи дослідження.

Суть методу трансанальної поліпектомії з використанням електрозварювальних технологій полягає в видаленні поліпа разом з інтактною на вигляд слизовою оболонкою, відступивши від краю поліпа 0,3–0,5 см, єдиним блоком з підслизовим шаром, шляхом "проварювання" і електроексізії. Оціню-

ється стан гемостазу, при потребі проводиться додаткове "проварювання" ділянки, що кровоточить.

Протипоказаннями до оперативного лікування було: виявлення малігнізації поліпа, важкий стан пацієнтів, важкі порушення зі сторони серцево-судинної системи, наявність штучного водія ритму. Після проведення хірургічного втручання всім хворим призначалися: постільний режим 2-3 дні і голод на 1 день, за показами — проведення гемостатичної і гіпотензивної терапії. Хворих виписували через 7-8 днів на амбулаторне лікування під нагляд проктолога за відсутності даних гістологічного дослідження про малігнізацію видалених поліпів.

Результати

В післяопераційному періоді було 2 ускладнення. В першому випадку це була незначна кровотеча в ранньому післяопераційному періоді, що не потребувала додаткових втручань і зупинилась на третю добу консервативного лікування. В другому випадку ми мали неінтенсивну кровотечу на 5 добу після оперативного лікування, що зупинилась самостійно. Випадків перфорації стінки прямої кишки не було.

При контрольному ендоскопічному дослідженні у пацієнтів, які перенесли трансанальну поліпектомію з використанням електрозварювальних технологій, через 7-8 днів на місці раніше проведеного втручання визначається ранева поверхня, площа якої зменшилася в 2-2,5 рази порівняно з результатною і представлена гранулюючою та епітелізуючою раневою поверхнею, покритою фібринозним нальотом. При гістологічному дослідженні в біоптатах з раневої поверхні в ці терміни визначались елементи запалення і грануляційна тканина.

Повне загоєння раневої поверхні відбувалось протягом 1 місяця після видалення поліпів з наявністю дрібних білястих рубців лінійної або зірчастої форми розмірами до 0,5 см, причому, у ряді випадків відбувалась епітелізація рани без утворення рубців, які з труднощами виявлялись при візуальному контролю в зоні виконання втручання.

Висновки

Аденоматозні поліпи прямої кишки є передраковими захворюваннями, що потребують своєчасної діагностики і лікування. Електрозварювальні технології

забезпечують успішне видалення аденоматозних поліпів прямої кишки досить великих розмірів. Трансанальна поліпектомія з використанням електрозварюваних технологій можлива тільки при відсутності малігнізації поліпів. Використання електрозварювальних технологій при трансанальному видаленні аденоматозних поліпів є малотравматичним, забезпечує швидке загоєння раневої поверхні і відновлення морфологічної структури. Після виписки із стаціонару всі пацієнти підлягають динамічному нагляду лікаря-проктолога за місцем проживання протягом року.

Література

1. Аррегові М.Е., Саккиєра Д.М. (1999) Малоінвазивная колопроктология. Пер. с англ. (Москва). "Медицина". с. 113-115
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Сорокин Е.В. (2005) Малоинвазивное лечение опухолей нижеампулярного отдела прямой кишки. Актуальные проблемы колопроктологии. Тезисы докладов научной конференции. (Москва). с. 188-190
3. Захараш М.П. (2006) Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы. Материали II з'їзду колопроктологів України. (Київ). "Медицина". с. 21-22
4. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. (2005) Хирургия рака прямой кишки. (Москва). "Дедалус". 21 с.
5. Пальцев М.А., Аничков Н.М. (2005) Атлас патологии опухолей человека. (Москва). "Медицина". 214 с.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. (2004) Опухоли толстой кишки. (Москва). "МЕДпресс-информ". с. 250-252
7. Bretagnol F., Merrie A., George B., Warren B.F., Mortensen N.J. (2007) Local excision of rectal tumours by transanal endoscopic microsurgery. II Br. J. Surg. 94; 5: 627-633
8. Lezoche E., Baldarelli M., De Sanctis A., Lezoche G., Guerrieri M. (2007) Early rectal cancer: definition and management. Dig. Dis. 25; 1: 76-79
9. Lin G.L., Lau P.Y., Qiu H.Z., Yip A.W. (2007) Local resection for early rectal tumours: Comparative study of transanal endoscopic microsurgery (TEM) versus posterior transsphincteric approach (Mason's operation). II Asian. J. Surg. 29; 4: 227-232
10. Maslekar S., Pillinger S.H., Monson J.R. (2007) Transanal endoscopic microsurgery for carcinoma of the rectum. Surg. Endosc. 21; 1: 97-102
11. Maslekar S., Pillinger S.H., Sharma A., Taylor A., Monson J.R. (2007) Cost analysis of transanal endoscopic microsurgery for rectal tumours. II Colorectal Dis. 9; 3: 229-234
12. Rosa G., Lolli P., Piccinelli D., Bonomo S., Brugnetti F. (2002) Local excision of rectal cancer. Proctologia. 2; 3: 140-142
13. Vorobiev G.I., Tsarkov P.V., Sorokin E.V. (2006) Gasless transanal endoscopic surgery for rectal adenomas and early carcinomas. II Tech. Coloproctol. 10; 4: 277-281